

東京都不育症検査医療費助成申請のためのチェックシート

☆ 提出前に、必ず御確認ください ☆

項目	チェック
1 対象要件を満たしているか確認してください。 検査開始日は平成31年4月1日以降となっていますか。 検査開始日の妻の年齢は、43歳未満ですか。 検査開始日から申請日まで、東京都内に住所がありますか。	
2 不育症検査医療費助成申請書（第1号様式） ※「不妊検査」ではありません！ご注意ください。 申請者・配偶者それぞれ自筆署名をしていますか。 年齢欄には検査開始日時点の年齢を記入していますか。 第2号様式に記載されている「検査期間」を確認し、転記しましたか。 振込先指定口座の名義人は申請者と同一ですか。 振込先指定口座は東京都の公金取扱金融機関ですか（使用できない銀行があります）。 申請期限を過ぎていませんか。（検査終了日から6か月以内に申請する必要があります。）	
（振込先指定口座の通帳コピー） 振込先の口座内容（口座番号、口座名義等）がわかる通帳のコピー（通帳がない場合はキャッシュカードのコピー）の添付に御協力ください。 ※A4サイズ用の紙にコピーしてください。	
3 不育症検査助成事業受診等証明書（第2号様式） 本人控としてコピーを取りましたか。（東京都には原本の送付が必要です。） 検査開始日、検査期間、検査内容、金額を確認しましたか。	
4 住民票の写し ※コピー不可 申請日から3か月以内に発行されたものですか。 申請者・配偶者それぞれの氏名や生年月日の記載がありますか。 続柄で夫婦であることが確認できますか。事実婚の場合は夫「未届」などの記載がありますか。 戸籍の附票の写しを提出する場合、検査開始日時点の住所の記載がありますか。	
5 戸籍全部事項証明書（戸籍謄本） ※コピー不可 申請日から3か月以内に発行されたものですか。 ご夫婦それぞれの欄で、婚姻日、婚姻関係が確認できますか。	

- チェックが完了したら、不育症検査医療費助成申請書（第1号様式）の「年 月 日」に日付を記入して提出してください。
- チェックシートを提出する必要はありません。

<書類のまとめ方>

下記の順番を参考にして御提出ください。

なるべく追跡可能な方法（簡易書留や特定記録郵便等）で、申請期限内に御郵送ください。